問　診　票

令和　　年　　月　　日

(フリガナ)
お名前　　（男　女）　　年齢　　歳　体重　　kg

〒　　－
ご住所

日中連絡のとれる電話番号
Tel(携帯)　　－　　－
Tel(自宅)　　－　　－

該当する項目に、□に✔をお願いします

・本日マイナ保険証で受診し、診療情報（服薬歴、健診歴など）を取得することに同意されましたか？
　□マイナ保険証で受診していない　□ 同意していない　□ 同意した

・直近 1 年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？
　□ 受けていない　□ 受けた 受診時期（　　）指摘事項（　　）

・他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？　□ いいえ　□ はい

1. どのような症状がありますか？

□ 耳が痛い（右・左）　□ 耳がかゆい（右・左）　□ 聞こえにくい（右・左）
□ 鼻みず　□ 鼻づまり　□ くしゃみ
□ 咳が出る　□ のどが痛い　□ 声が出しにくい
□ １週間以内に発熱があった　□ １カ月以内に発熱があった　□ 味やニオイがわかりにくい
□ その他（　　）

いつ頃から症状がありますか？

症状・経過をくわしく書いてください。

2. 今までに、かかったことのある病気はありますか？　□ ない

□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 心臓の病気（　　）
□ 肝臓の病気（　　）□ 腎臓の病気（　　）□ 呼吸器の病気（　　）
□ がん（　　）□ その他（　　）

内服中の薬剤名

通院中の医療機関（　　）

3. 今までに、内服薬・注射などで異常が出たこと（副作用）はありますか？　□ ない

□ ある⇒ 薬　：□ 抗生剤　□ 風邪薬　□ 鎮痛剤　□ ピリン系　□ その他（　　）
　　症状：□ じんましん　□ 吐き気・嘔吐　□ ショック状態　□ その他（　　）

4. 喫煙歴、アルコール歴についてお答えください。

タバコ　　：□ 吸わない　□ 吸う（　　本/日、　　年間）　□ やめた（　　年前）
アルコール：□ 飲まない　□ 飲む（種類　　量　　）　□ やめた（　　年前）

5. <女性の方へ>現在、妊娠または授乳中ですか？ □ いいえ　□ はい(妊娠　　カ月)　□ 授乳中

6. 医師に、希望される事、伝えておきたい事があれば、記入してください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。